

INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL
ISSN
1988-2939 www.ceir.org.es Vol. 8 (2) – Junio 2014; pp. 489-504

La contribución de Frances Tustin a la psicoterapia del espectro autista

Francisco Balbuena Rivera
Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social.
Universidad de Huelva

En este trabajo se analiza la aportación psicoanalítica de F. Tustin al terreno del espectro autista, cuyos trastornos juzgaba de origen biológico-ambiental, si bien en sus últimos libros se interesa por el que denomina autismo psicógeno. Igualmente se aborda la tipología y psicoterapia que propone para su tratamiento, donde sirviéndose de la dramatización reconstruye las tempranas sensaciones corporales y sentimientos del niño, en un intento de restituir de forma adecuada el vínculo con la figura materna. Finalmente, derivado de sus ideas y actividad clínica para tratar barreras autistas en adultos neuróticos, referimos algunas extensiones clínicas inspiradas en ello.
Palabras clave: autismo, psicoanálisis, agujeros negros, F. Tustin, M. Mahler.

In this paper is analysed the psycho-analytical contribution of F.Tustin to the field of the autistic spectrum, whose disorders she deemed of biological-environmental origin. In her latest books, however, her focus is aimed to it for she called psychogenic autism. In the same way, we treat her proposal of typology and psychotherapy for these disorders, in which she uses of dramatization for rebuilding the early bodily sensations and feelings of the child. Doing so, she tries the restitution in an adequate way of the bond to the maternal figure. Finally, as result of her ideas and clinical work for treating autistic barriers in neurotic adults, we refer some clinical extensions inspired on it.
Key Words: autism, psychoanalysis, black holes, F. Tustin, M. Mahler.
English Title: Frances Tustin's contribution to psychotherapy autism spectrum.

Cita bibliográfica / Reference citation:
Balbuena Rivera, F. (2014). La contribución de Frances Tustin a la psicoterapia del espectro autista. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2): 489-504. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

La determinación de ayudar a los niños gravemente perturbados

El 11-11-1994, a los 81 años de edad, según expresaba el obituario publicado en *The Independent* el 17 de diciembre de ese mismo año, fallecía Frances Tustin, psicoterapeuta infantil reconocida internacionalmente por su trabajo clínico con niños diagnosticados de algún trastorno del espectro autista (Spensley, 1994). Como origen de tal interés por la condición autista, en el mismo texto periodístico, se refería la estancia anual que Tustin realizó en 1954 en el centro James Jackson Putnam de Boston (Massachusetts, EE UU), donde trabajó como psicoterapeuta y ayudante, participando también en programas de respiro familiar, merced a los que convivió con niños autistas en sus hogares, mientras sus padres se tomaban un descanso en sus cuidados. Fruto de ello, la opinión profesional de Tustin respecto al rol que los padres, y en particular la figura materna, habían desempeñado como causantes del autismo, se oponía a la entonces en boga en círculos psicoanalíticos, donde la madre, etiquetada de *madre frigorífico,* era la causante de tan devastador cuadro clínico sindrómico.

Su firme convicción de ayudar a otros, sin embargo, se remonta a su infancia, en la que fue educada sólo por su madre, dada la falta forzosa de su padre, capellán militar hecho prisionero durante la I Guerra Mundial. Muchas décadas después, al repensar en esos años, Tustin confesaría que fruto de tal ausencia paterna, imbuida por la iglesia anglicana, de la que su madre era hermana diácona, la primera persona a la que ayudó como “psicoterapeuta“ fue a su progenitora, con quien alternaba los roles parental-filiales, actuando así su madre de hija y ella de madre (Spensley, 1995).

Finalizada la contienda mundial, el retorno paterno al hogar tampoco propició una reorganización de la dinámica intrafamiliar, pues, mientras la madre de Tustin permaneció fiel a la Iglesia, no sucedió lo mismo con su padre, cuya desafección por lo religioso hizo que abandonara sus pretéritas creencias y labor castrense, mudándose de localidad con su esposa e hija, para iniciar estudios universitarios encaminados a ejercer como maestro. Alejados así en su proyecto vital, las desavenencias conyugales eran continuas, debatiéndose la joven Tustin entre lo interiorizado por las enseñanzas de su madre y la ahora posición antirreligiosa y de libre pensador de su padre, cuyo giro personal su esposa atribuía a una fuerza demoníaca que lo había transformado.

El punto final a tales fricciones maritales se produjo cuando Tustin tenía 13 años, en que su madre decidió separarse de su padre, quien, hasta entonces, además de figura parental había sido el director de los sucesivos centros educativos en los que había ido cursando sus estudios, dada su labor magisterial como maestro rural. Tal ruptura afectiva, que supuso un duro golpe para Tustin, la obligó a irse con su madre, dejando así la vida

campestre que tanto amaba y había compartido con su padre, malogrando también su trayectoria académica, que entonces iba dirigida a emprender estudios universitarios en biología, que encauzó hacia la docencia, cuya formación inició en 1932, convirtiéndose en maestra e interesándose mucho por la psicología.

Por entonces también conoció a su primer marido, John Taylor, con quien se casó en 1938, y al que al ser movilizado por la II Guerra Mundial no vio en 5 años, repitiéndose así lo sucedido con su padre, al que recordemos Tustin en su temprana niñez tampoco vio en 5 años, al caer prisionero. En ese ínterin también, concretamente en 1942, falleció la madre de Tustin, que entonces era maestra en el condado de Kent, desde donde se desplazaba regularmente a Londres para asistir a cursos impartidos por Susan Isaacs, con quien iniciaría una amistad que duraría hasta que Tustin falleció. Rememorando esos primeros encuentros profesionales, que luego se compaginarían con otros de naturaleza personal, en el libro publicado 3 años después de la muerte de Tustin en 1994 como uno de los contribuidores a honrar su memoria y legado figuraba Isaacs, quien con gran delicadeza y respeto la recordaba, señalando el valioso trabajo que aquélla realizó en el terreno de los trastornos del espectro autista (Isaacs, 1997).

Tras esta digresión, de vuelta a donde lo dejamos, finalizada la guerra, el reencuentro de Tustin con su esposo vino a reavivar similares conflictos a los ya vivenciados entre sus padres, quienes otra contienda bélica separó, repitiéndose de igual modo entre Tustin y su esposo, lo que abocó en su divorcio. Con todo, dos años después, Frances se casó con Arnold Tustin, catedrático de ingeniería, cuyo apellido eclipsó el suyo de soltera, que era Vickers, y, aunque no tuvieron hijos, fue un matrimonio feliz que duró hasta la muerte de ambos en la senectud (Spensley, 1995). Así, mientras Arnold Tustin moriría en enero de 1994, Frances, diabética, lo haría en noviembre de ese mismo año, tras ser diagnosticada de cáncer intestinal meses antes, en agosto (Rhode, 1995). Fortuitamente, al poco de su segundo matrimonio, F. Tustin reanudó el contacto con su padre, a quien localizó por una misiva que éste había remitido al periódico *The Times.* Ya en persona, supo por él, que tras la separación de la madre de Tustin se había emparejado con otra mujer, con quien se casó tras morir su esposa, la madre de Tustin. Con su padre y su nueva mujer, nuestra autora mantuvo cordial contacto hasta el fallecimiento de ambos.

Volviendo al plano profesional, Tustin decide formarse como psicoterapeuta infantil por recomendación del psicoanalista y psiquiatra Dugmore Hunter (Rhode, 1995), a quien había escuchado en una conferencia, comenzando su formación en la clínica Tavistock en 1950. En ello fue también determinante la experiencia traumática de haber perdido en 1949 su primer hijo a causa de toxemia en el embarazo, fatalidad que se repitió en 1955, perdiendo al segundo hijo (Spensley, 1995). A este respecto, allegados y amigos íntimos confesaban el gran pesar que arrastraron los Tustin por no tener hijos, reorientando éstos su truncada

afectividad parental hacia los vástagos de amigos muy estrechos (Rhode, 1995). De igual modo, Frances Tustin profundizó en el camino ya iniciado, consagrándose al cuidado de los más pequeños e indefensos, para lo que contó con el magisterio de J. Bowlby y E. Bick, que nutrieron su incipiente y en formación pensamiento teórico-clínico. Es interesante también recalcar las trabas que en esos años sortearon los legos, dada la oposición de los médicos analistas a que ejercieran como clínicos de orientación psicodinámica, debiendo aquí recordarse el encuentro de 1948 en Boulder (Colorado, EE UU), donde fue acordado que legos con adecuada formación ejercieran de analistas.

Aun así, cumpliendo la exigencia de someterse a un análisis didáctico para ser analista, Tustin enfrentó tal experiencia personal con W. Bion, cuyo primer encuentro le desagradó profundamente, al encontrarle frío y distante, adoptando en las sesiones con él una postura desafiante y teñida de ambivalencia, que luego modificó, llegando su análisis personal a prolongarse 14 años (Spensley, 1995). El coste de las sesiones era más bajo de lo que usualmente cobraba Bion, dada la precariedad económica de Tustin, quien por esto y la experiencia vivida más de una década con aquél se sentía profundamente agradecida (Grotstein, 1997). Por breve tiempo fue analizada también por Stanley Leigh, teniendo Tustin como analistas supervisores a H. Rosenfeld y D. Meltzer, quienes influyeron en su visión kleiniana del desarrollo infantil, reconociendo también la gran deuda contraída con Bion, cuyo pensamiento imbuyó toda su posterior conceptualización clínica, de quien aprendió más tumbada en el diván que leyendo su obra intelectual (Rhode, 1995). Y es que, como todo ulterior analista sabe, la vivencia de ser psicoanalizado implica un serio cuestionamiento de la mismidad, como corroboran los fenómenos transferenciales y contratransferenciales movilizados, confiriendo analista-analizado una suerte de significados a la alteridad que surge, se reconstruye y expande a partir de tal encuentro humano tecnificado, pues, todo lo que en uno existe, es porque existe en otro, que interactúa con el primero y en el que uno se refleja del modo que sea.

En 1952, a instancias de J. Bowlby, que invitó a Marion Putnam del centro J. J. Putnam de Boston, ya antes aludido, para que impartiera una conferencia acerca del trabajo clínico y de investigación que realizaban con niños seriamente perturbados, en clara referencia a los diagnosticados de psicosis infantil y autismo, Tustin aprovecha la oportunidad de realizar en 1954 una estancia de 1 año en tal centro, acompañándole su esposo que había sido invitado como profesor visitante en el centro de investigación MIT, en Cambridge, Massachussets.

En el citado centro, de carácter innovador, se familiariza con el trabajo clínico de los psicoanalistas infantiles estadounidenses, además de reunirse personalmente con M. Mahler y sus asociados y con L. Kanner. En su vejez, al hablar de su estancia en tal centro, que combinaba ideas freudianas con técnicas conductuales para tratar a los niños muy

perturbados, Tustin criticaba lo inadecuado de mezclar ambas para “educar” a tales niños a comportarse de una forma social más adecuada (Spensley, 1995).

A su regreso del continente norteamericano, en 1955, en su Gran Bretaña natal, junto a Mildred Creak, entonces una de las mayores expertas en psicosis infantil, funda una asociación para asistir y tratar a niños diagnosticados de distintas psicopatologías, evidenciando la praxis clínica la dificultad para establecer un diagnóstico diferencial, más aún cuando a la sintomatología manifiesta subyacían dudas razonables de daño cerebral, cuya alcance preciso y profundidad las técnicas neurológicas de entonces no delimitaban como hoy lo hacen las técnicas de resonancia cerebral y/o neuroimagen, encontrándose el clínico con un niño que mostraba una conducta bizarra y sinsentido (Rhode, 1995).

Repartiendo su jornada semanal entre su labor clínica y la docencia-supervisión, Tustin se ocupaba los fines de semana en escribir y compartir tiempo con su esposo y amigos íntimos, siendo en 1972 cuando vio la luz su primer libro acerca de la condición autista y psicótica infantil, que tituló *Autismo y psicosis infantiles*, al que más tarde le seguirían otros 3 centrados en similar temática. Previo a ello, cabe destacar 3 artículos suyos centrados en el autismo, cuyos títulos respectivos eran: *Un elemento significativo en el desarrollo del autismo* (Tustin, 1966), *Psicoterapia con niños autistas* (Tustin, 1967) y *Procesos autistas* (Tustin, 1969). En cuanto a libros, previamente al ya citado, escribió *Un grupo de jóvenes. Un estudio del juego* (Tustin, 1951), donde abordaba la actividad lúdica de niños de educación primaria en la fase de latencia (Spensley, 1995).

La propuesta de tipología y psicoterapia para el espectro autista de Tustin

A comienzos de la década de 1970, Tustin proponía una novedosa clasificación del trastorno autista, en el que distinguía 3 tipos: el autismo primario anormal, fruto de una carencia afectiva primordial, cuyo rasgo más sobresaliente es una indiferenciación entre el cuerpo del niño y el de su madre, siendo su etiología esencialmente orgánica (Tustin, 1981); el autismo secundario encapsulado o de ‘segunda piel’, donde incluye el de caparazón, encapsulamiento primario y global y el encapsulado secundario (o tipo segmentado), caracterizado por la armadura forjada por el niño para protegerse del mundo exterior (Tustin, 1972) al que percibe intolerable, juzgándolo un tipo de autismo similar al que propuso Kanner; y, finalmente, el autismo secundario regresivo, al que considera una forma clínica de esquizofrenia sustentada en una identificación proyectiva (Roudinesco y Plon, 1997), en el que tras la sobreadaptación del niño al ambiente y una vez superado un período de desarrollo evolutivo normal, éste vivencia una ruptura con la realidad, sintiendo su propio cuerpo desintegrado e invadido por una confusión amenazante y aterradora.

Como factores causales del autismo primario anormal refiere la falta grave de cuidados

totales o parciales que son básicos, como deficiencias del propio niño o de las figuras de crianza, desarrollándose el autismo secundario encapsulado como defensa contra la sensación de pánico asociada a una separación física percibida insoportable. Así, mientras que en el primer tipo de autismo el niño ve alterada su capacidad interna para diferenciar entre el yo y el no-yo, en el autismo encapsulado la diferencia establecida entre uno y otro fue excesiva, de tal suerte que el no-yo quedó completamente excluido.

Vinculado a esto estaría la distinción que el niño realiza entre objetos animados e inanimados, que, si bien en el autismo primario anormal no fue perfilada claramente, en el autismo secundario encapsulado fue totalmente borrada, propiciando así que el proceder psíquico del niño sea principalmente asimbólico, aunque no íntegramente, operando en un nivel muy rudimentario, dada la conciencia interna que ha adquirido de separación corporal traumática con la madre, gracias a la que vivenció sensaciones, abocándole ello a una severa catástrofe psíquica (Tustin, 1981). Y es que, animismo y autismo patológico representan las dos modalidades opuestas del operar psíquico de la mente primitiva (Tustin, 1972), que si en el animismo supone la acción de dotar de vida a objetos inanimados, en el autismo patológico conforma un enfrentamiento con la muerte por el que los seres vivos pasarían a tornarse objetos inanimados.

Ya en el plano psicoterapéutico, destaca la evidencia obtenida de los procesos crónicos presentes en el autismo secundario encapsulado en niños neuróticos, quienes habrían aislado a nivel psíquico pero no conductual tales procesos, lo que explicaría las fobias, dificultades para conciliar el sueño, anorexia nerviosa, mutismo electivo, etc., que pudieran presentar. Y, aun siendo capaces como clínicos de sacar al niño de tal estado de autismo secundario encapsulado, ello no impedirá que aquél exhiba ciertas oscilaciones en su temperamento maníaco-depresivo, que variarán desde el éxtasis de la omnipotencia a la profunda desesperanza, cuyo origen último se debe a las rabietas reprimidas al descubrir que, los objetos vivenciados como parte del yo, en realidad lo son del no-yo (Bonaminio, 2001).

En cuanto al autismo secundario regresivo, en donde se torna insostenible la adaptación aparentemente muy satisfactoria de la díada madre-bebé, provocando así la huida del último hacia un mundo de fantasías vinculadas con sensaciones físicas, previamente a que operara la regresión, el niño fue consciente de la separación física que tenía de su madre por un tiempo más prolongado que el de los afectos de autismo secundario encapsulado. Por ello, mientras el autismo secundario regresivo se asocia a una desintegración y anómalo desarrollo de mecanismos de identificación proyectiva, el autismo secundario encapsulado se vincula a una rápida integración, promovida como consecuencia de un estado previo de falta de integración, merced al que los procesos de encapsulamiento ocasionan una marcada intensificación de los procesos normales de envoltura por

expulsión/inclusión. A su vez, dentro del autismo secundario regresivo distingue el tipo regresivo 1 y el tipo regresivo 2, cuya diferencia esencial está en que, mientras en el uno, una vez alcanzado cierto grado de integración, éste luego se pierde, pareciendo así la personalidad escindirse en dos partes, pudiendo aún el sujeto recuperarse, esto no sucede en el tipo 2 (Tustin, 1972).

Como escritos técnicos en los que Frances Tustin establecía estas ideas figuran *Autismo y psicosis infantiles* (1972) y *Estados autísticos en los niños* (1981), del que en 1992 fue publicada una edición revisada, en la que Tustin alteraba sus ideas previas relativas a la existencia de una fase de autismo normal, como a las que sostenía en cuanto al autismo orgánico y psicógeno (Haag, 1997), de lo que ya daba cuenta en un artículo de 1991 al que haremos referencia más adelante donde revisaba su visión del autismo. De interés resulta también aquí mencionar el artículo suyo que en 1988 apareció en la revista *Free Associations*, intitulado *El agujero negro-un elemento significativo en el autismo* (Spensley, 1995), inexactamente citado por Roudinesco y Plon (1997) como *El agujero negro de la psique*, además de errar al juzgarlo un libro cuando en realidad es un artículo. De éste, cabe destacar las reflexiones que Tustin realiza de conceptos como barreras autistas, formas autistas, objetos autistas y lo que llama la experiencia del agujero negro. Ejemplificando lo que entiende por la última, señala que, como fruto de la experiencia temprana boca-pezón (seno-lengua) del niño con su madre, éste parece obtener una clasificación primaria por la que es capaz de distinguir lo 'bonito' (liso, blando) de lo 'feo' (áspero, duro), juzgando por lo primero todo material liso y/o suave susceptible de ser moldeado según formas innatas y dar una aparente sensación de continuidad al cuerpo, considerándose lo feo lo que genera una sensación interna de discontinuidad corporal, de desamparo, de agujero, que fractura al sujeto y le precipita a la depresión psicótica, de la que puede evadirse con el auxilio adecuado de su madre. Es decir, el agujero negro o pozo profundo, es una etiqueta descriptiva con la que el niño alude al no-yo desconocido que irrumpió tras la experiencia traumática infantil de separación corporal de la figura materna (Tustin, 1981; Bonaminio, 2001).

Previamente al surgimiento de los tipos de autismo referidos, habría un autismo primario normal, que J. Anthony en su trabajo titulado *Una aproximación experimental a la psicopatología de la niñez: autismo* (1958); llamaba solipsismo neonatal normal, en donde inversamente a lo que expresa la literalidad del término autismo, "vivir en función de sí mismo", el niño posee una escasa conciencia de su propia identidad personal, caracterizándose la misma por un *estado centrado en el cuerpo, con predominio de las sensaciones que constituye el núcleo del sí mismo*. Y, aunque Tustin (1991) revisó su noción del autismo primario normal, hay quien juzga lo desacertado de su uso, que ésta hizo siguiendo a M. Mahler, que también lo desechó, sustituyéndolo por *período de despertar*,

más cercano al de D. Stern (1985) de *emergencia del self,* más afín con lo que Tustin conceptualizó como autismo primario normal (Spensley, 1995).

Por el contrario, el narcisismo primario constituiría una fase ulterior a la del autismo, estando predominantemente asociado con distintas emociones. Habría, así, un autismo normal de la primera infancia, que designa también auto-sensual y del que el infante se iría despegando progresivamente, siendo así capaz de desarrollarse por la influencia de factores hereditarios, constitucionales y ambientales, disponiéndole ello para generar activamente una adecuada representación interna de la realidad y de sí mismo. Esto, sin embargo, no es posible en el autismo asociado con la psicosis, donde sitúa el autismo confusional, en el que distingue el primario (tipo engolfamiento) y el secundario (tipo fragmentado), con los que alude a niños psicóticos, algunos de los que compartirían rasgos psico(pato)lógicos a los de esquizofrénicos adultos, cuyo logro de las metas antes aludidas ha sido frenado, quedando el sujeto anclado en la posición autista. Desde esta óptica, el bebé sano y normal al inicio de su ciclo vital sería autista, aunque no psicótico, lo que ha sido erróneamente juzgado como sinónimo de una infancia *"sin objeto"*, cuando lo que con ello se quiere significar es que la diferenciación del bebé de los objetos y los sujetos es al comienzo borrosa, siendo temporalmente vivenciados unos como otros como una prolongación sensual del propio cuerpo del bebé, afirmando acerca de ello F. Tustin (1984a, p.13): *no parece que esta primera fase sea "sin objeto", lo cual es la posición freudiana ortodoxa clásica, ni tampoco parece que las relaciones de objeto sean operantes desde el comienzo de la vida, que es la opinión de los teóricos de las "relaciones de objeto". Más bien parece haber un período inmediatamente posterior al nacimiento en el cual el niño reacciona al mundo externo en función de su propio cuerpo y de sus disposiciones innatas. (…) Hay búsqueda de objeto pero no relación de objeto*. Asimismo confiere un papel protector al autismo normal ya citado, al servir de puente con el mundo interno y externo, a la vez que para atenuar el violento impacto psíquico y emocional que el bebé vivencia en su contacto con la realidad, especialmente al separarse físicamente de su madre, proceso que de ser prematuro e inadecuado le acarreará intensos sentimientos de angustia psíquica (Tustin, 1972). Ahondando en esto, apoyándose en observaciones clínicas realizadas en bebés, Haag (2000) propuso el término *objeto lateral de identificación primaria,* con el que describe la vivencia alucinatoria que tales bebés tienen de ocupar la mitad de su cuerpo, al "fantasear" que la otra mitad pertenece a otro, habitualmente su madre, a quien perciben como parte de su yo corporal. Por ello, si la referida función protectora falla, ello supondrá una rigidez del autismo primario normal o estado de pre-pensamiento, que, de cronificarse, favorecerá la instauración del autismo patológico o estado de anti-pensamiento.

Como formas clínicas de autismo patológico, al que puede considerarse como un sistema de maniobras protectoras encaminadas a evitar o disminuir masivamente el

contacto con el mundo externo no-yo (Tustin, 1981) se alude al autismo infantil precoz, síndrome psicótico capital del llamado autismo secundario encapsulado, concibiéndose la esquizofrenia infantil como el síndrome psicótico esencial del autismo secundario regresivo, siendo ambos un intento de resolución por parte del niño de un tipo primitivo de depresión, la depresión psicótica, así denominada por D. W. Winnicott (1896-1971).

Otros autores, por el contrario, la llaman depresión primigenia, la cual coincidiría con la etapa evolutiva etiquetada por M. Mahler de 'aflicción y duelo', caracterizada por la incapacidad del niño para encarar la pérdida de partes del objeto (v. g., la boca de la madre), de la que se derivaría la propia pérdida de partes de sí mismo, conformando el preámbulo inevitable de la ruptura psicótica del niño con la realidad, la cual hubiera quedado circunscrita a la pérdida de un objeto (la madre) y no también a partes del sí mismo de haber sucedido después, una vez que el niño hubiese adquirido una imagen total de la figura materna. Con todo, F. Tustin (1981) juzga impreciso clasificar a los niños psicóticos en autistas infantiles y esquizofrénicos infantiles, desde que unos y otros pueden desarrollar una enfermedad esquizofrénica en años posteriores.

Dentro del proceso autista distingue también lo que denomina objetos autistas (u objetos-sensación), con los que alude a partes del propio cuerpo del niño, como a partes del mundo externo que son vivenciadas por aquél como si formaran parte de su propio cuerpo. Ejemplo del primer tipo señala el puño del lactante, que tras el destete, opera como el objeto autista que revive y mantiene la satisfacción pretérita provocada por la presencia del pezón en la boca. Si por el contrario es un cochecito el que es vivenciado como parte del cuerpo del niño, ayudándole así a mantener la ilusión de continuidad permanente a su boca, se ejemplificará el segundo tipo de objeto autista. Usar tales objetos durante la temprana infancia es normal, aunque si el niño recurre insistentemente a ellos en vez de tener experiencias internalizadas positivas con la figura materna, posee sensaciones "como objetos" (objetos autistas patológicos) y "como formas" (formas autistas patológicas) sobre superficies corporales, ineficaces para calmar la angustia que le acongoja. En contraposición al objeto autista, que se experimenta como parte total del yo, sitúa el objeto transicional de Winnicott, que éste definió como la primera posesión no yoica del niño, y que según F. Tustin (1981) entraña una mezcolanza del yo y el no-yo, de la que el sujeto apenas posee conciencia alguna. Es importante, por ello, que muchos de los objetos del mundo externo no sean autistas, esto es, inseparables y totalmente ligados al yo, propiciando así el desarrollo adecuado de experiencias transicionales. Y es que, los objetos autistas (u objetos sí-mismo), a menos que sean usados de forma excesiva, ejercen una función crucial, al facilitar que el niño maneje adecuadamente los sentimientos que le atenazan por la pérdida de su madre.

Con todo, como tarea central del trabajo analítico con niños autistas señala la de

recomponer el mundo fragmentado que preside su universo interior, para lo que juzga preciso reconducirlos fuera de sus barreras autistas, de las que, al contrario que otros, para quienes tales barreras conforman una suerte de artefacto elaborado por los que los observan, cree que el niño tiene conciencia de ellas, alentando en base a ello el proceder psicoterapéutico. Así, los objetos autistas deben propiciar la irrupción de objetos transicionales y por último de formación de símbolos. No obstante, es común en la práctica clínica evidenciar objetos cuya naturaleza parece estar ubicada entre la de los objetos autistas y sus homólogos transicionales, que al ser una amalgama de yo y no-yo designa objetos confusionales (Tustin, 1981), siendo tarea principal desviar la atención del niño de la tensión asociada a situaciones dolorosas no-yo. A diferencia de los objetos transicionales, los objetos confusionales no ayudan al niño a regular y manejar la tensión psíquica que éste aqueja en relación al mundo exterior, creando así una barrera entre el niño y las personas que lo cuidan. Tratando de paliar esto, padres y figuras de apego han de actuar como coterapeutas, aun si vivencian desaliento y profunda rabia por el retroceso, estancamiento o avance lento que el niño experimente a lo largo de la situación terapéutica sostenida. Matiza también que, junto al desarrollo de un sentido de identidad (sí-mismo) en el niño, la psicoterapia debe favorecer el intercambio mutuo afectivo (o experiencias vinculantes) de éste con otras personas, lo que antes Tustin soslayaba, dada la fuerte identificación que tenía con el niño autista, persiguiendo con ello la reversión de los procesos autistas patológicos, lo que juzga objetivo terapéutico fundamental. Con todo, considera al autismo un trastorno severo de la infancia, en línea con planteamientos actuales de las neurociencias (Ferreira y Abrão, 2013) que lo conciben un trastorno del neurodesarrollo, insertándose aquí el denominado por Tustin (1981) autismo orgánico, mientras que el autismo psicógeno se habría erigido más como una defensa contra la confusión de la psicosis que como una psicosis en sí misma (Tustin, 1991).

Culminando su trayectoria profesional, Tustin investigará los rasgos autistas que se evidencian en la esfera neurótica, incluidos en fobias, crisis de pánico, conductas adictivas, psicopáticas, etc. Pues, si tales rasgos no se abordan en el trabajo analítico, se imposibilitará la disolución de la transferencia, convirtiendo la terapia en un análisis interminable contrario a la cura analítica (C. Geissmann y P. Geissmann, 1992). Del mismo modo, abordando tales rasgos autistas, a nuestro parecer, Tustin establecía un continuo entre los trastornos del espectro autista y otros en que también se expresan rasgos autistas, diferenciándose así unos y otros a nivel cuantitativo y no cualitativo. Tal idea, en una era tecnológica como la actual, adquiere aún más fuerza, pues si los avances técnicos permiten una rápida y ágil comunicación, la soledad, incomunicación y patologías ansioso-depresivas no deberían tener tan alta repercusión social y clínica.

Sea como fuere, veamos lo que acerca de tal temática expuso Tustin en sus últimos

libros publicados *Barreras autistas en pacientes neuróticos* (Tustin, 1986) y *El cascarón protector en niños y adultos* (Tustin, 1990). En el primero, tras distinguir el autismo con base orgánica, fruto de lesión cerebral y otras complicaciones biológicas, y el autismo psicógeno, en el que como ingrediente capital refiere un profundo temor, que vincula al observado también en ciertos adultos neuróticos, ahonda en las barreras autistas evidenciadas en éstos últimos. Con ello, como ya se ha dicho, Tustin establece un puente entre la condición autista y su homóloga neurótica, las cuales a su entender comparten un intenso temor que inmoviliza a quien lo padece.

Contrarrestando tal angustia, el sujeto erige una barrera autista, que, a modo de cascarón, le protege de una realidad que le es insoportable, y que en el caso del niño con autismo ha sobrevenido como resultado de la vivencia traumática de separación de su madre, optando para aplacar esto por refugiarse en sus sensaciones corporales autogeneradas, siempre disponibles y predecibles, a diferencia de su figura materna.

Sin embargo, lo que en un momento resultó ser apropiado, luego ya no lo es, imposibilitando al niño autista a desenvolverse autónoma y socialmente, apostando por ello nuestra autora para revertir el autismo por entrar en interacción con la vida y utilizar las capacidades innatas con más espontaneidad. Asimismo, aboga por relajar al niño de las tensiones inherentes a tal experiencia de separación, debiendo experienciar su duelo, al juzgar esto clave para su recuperación psíquica y emocional (Tustin, 1986).

Pero para vivenciar el duelo, el niño con autismo requiere adquirir la noción de objeto y símbolo, ausente en su psiquismo, lo que entroncaría con teorías cognitivas actuales, en las que se defiende la falta de mente en quienes aquejan un trastorno del espectro autista. Así pues, los objetos, llamados por Tustin (1980) *objetos autistas,* conformarían una parte del propio cuerpo del niño autista, vinculada a una sensación física, y no una entidad física separada de él, gracias a la que se reconforta y goza de una sensación de seguridad que precisa, al faltarle su objeto más preciado: su madre.

No obstante, tal cosa no implica que los niños autistas añoren a su madre, cuya falta vivencian como un hondo agujero que tratan de “rellenar” con un *objeto sensación u objeto autista,* para así compensar la vaciedad experimentada, pues, al faltarles una adecuada capacidad para diferenciarse de su figura materna, “confunden” las distintas constelaciones orales, anales y fálicas, despertando también a un precoz autoerotismo, que, en el caso de los niños autistas no tratados, ocasiona tendencias homosexuales, consistiendo parte del trabajo psicoterapéutico en despejarles tales “confusiones”.

Junto a los *objetos autistas*, están también las *figuras autistas* (Tustin, 1984b), a las que el niño se adhiere, pareciendo así construir y conferir orden a la realidad, aun cuando el clínico se sienta incapaz de desentrañar su sentido. Sería así, por citar un ejemplo, el de una silla, de la que el niño autista sólo percibe sus piernas, “olvidando” la figura, el objeto físico

(silla), que las sostiene y le hace no caer. No son, pues, las *figuras autistas* imágenes con predominio visual, como las geométricas objetivas que los no autistas reconocemos, sino huellas de sensación táctil, que forman parte del existir indiferenciado del niño autista, las cuales parecen mucho compartir con lo que se conoce como alucinaciones táctiles.

Y, aunque unos y otras, *objetos autistas* y *figuras autistas,* apacigüen la angustia del niño autista, para sacarlo de su encapsulamiento, y así alentar su contacto social, estaría el tratamiento clínico de sus berrinches, a través de los cuales le hablaríamos y consolaríamos, favoreciendo esto también el inicio de respuestas creadoras, capaces de reorganizar y conferir sentido a su soledad interior, hasta ahora infranqueable. Con ello, la piel materna, el *yo-piel* "perdido" tras la separación traumática de su madre es reconstruido en el contacto humano con otros que actúan como *yo auxiliares* en el retorno a su humanización y la amenaza vital que sienten de *no existir* (Tustin, 1990).

Recomienda, así, evitar toda tentativa psicoterapéutica que pudiera romper *la piel de la sesión,* juzgando crucial establecer límites claros e inequívocos en cuanto a la sesión clínica, cuyo inicio y fin, siempre que sea posible, debe tener lugar a la hora estipulada. El niño debe también permanecer en la sala de espera, hasta que entre en la consulta, de modo que poco a poco deje de traer juguetes y/o dibujos de casa allí y viceversa, o de la sala de espera a la consulta. El objetivo de ello es ayudarle a que perciba una distinción clara entre su hogar, la sala de espera y la consulta, espacios separados en los que debe de ir adquiriendo conciencia de los límites de sí mismo y de los otros, con quienes intercambia experiencias vitales en esos entornos.

Hasta lograr esto, a las respuestas iniciales que el niño exhibe hacia el terapeuta Tustin prefiere llamarlas *transferencia obstruida,* al expresar mediante ellas el niño su no relación con los padres. Y es que, "adherido" a los *objetos* y *figuras autistas,* aquél es incapaz de advertir la presencia de otros, siendo el terapeuta quien deberá movilizar todos sus recursos personales para alentar la capacidad de representación simbólica en el niño autista, para quien se torna el pecho nutricio faltante, lo que permite al niño tolerar la falta de la madre, instaurándose entonces lo que llama *transferencia infantil,* herramienta clave en el proceso psicoterapéutico iniciado (Tustin, 1990). Es oportuno destacar aquí que nada diga Tustin respecto a los fenómenos contratransferenciales movilizados, cuando son pieza fundamental del trabajo clínico y su gran experiencia con niños autistas nos podía ser de ayuda e inspiración ante retos actuales.

Sea como fuere, además del niño, la madre también precisa ser ayudada por su esposo o pareja, al sentirse deprimida, desvalida y culpable por todo cuanto sucede en torno a su hijo, negando Tustin (1986) lo expresado acerca de ellas de que son madres frías, intelectuales, ajenas a todo cuidado de su prole. Pues no hay que olvidar que padres e hijos conforman un sistema donde todos ejercen un rol que afecta a cada uno de ellos de una

forma, como a la dinámica intrafamiliar que allí opera y se despliega.

Uso de la conceptualización tustiniana para tratar desórdenes mentales

El espectro autista, como el neurótico, poseen algunos elementos comunes al entender de Tustin, que ya en su libro *Barreras autistas en pacientes neuróticos* (1986), concretamente en el capítulo 8, dedicaba parte de él a lo que llamaba *Figuras autistas en una paciente neurótica adulta.* Sirviéndole para formular sus ideas estaba un trabajo previo de S. Klein (1980) titulado *Fenómenos autísticos en pacientes neuróticos,* donde se constataba que a pesar del aparente progreso que algunos sujetos experimentaban en el análisis, permanecían "intocados" en su funcionamiento psíquico y emocional, cuya causa Klein atribuía a fuerzas que encapsulaban y aislaban a tales pacientes del analista y del resto de su propia personalidad.

Esto último, aun concebido desde la teoría de las relaciones objetales, desde la que Tustin y Klein conceptualizan lo hallado en la clínica, resuena para nosotros a lo ya expresado por H. Hartmann (1939) cuando aludía a que el ego (preferimos usar este término al de yo, para evitar confusiones con el yo del aparato psíquico freudiano) tendría 2 porciones: una íntimamente ligada con el conflicto y otra libre del mismo. De igual modo, queremos señalar que una atenta lectura de lo referido por Tustin (1986) hace pensar que los *objetos autistas de sensación* y *figuras autistas de sensación*, con los que denominaba también a los *objetos autistas* y *figuras autistas,* difieren mucho cuando son observados en la condición autista y en la neurótica, pues, mientras en la primera la afectación del sujeto es más profunda y generalizada, en la segunda lo es menos, aun cuando Tustin (1986) al profundizar acerca de ello señale que de lo que ella habla es del autismo psicógeno y no del autismo orgánico.

Vinculado con esto, cabe recordar la seria revisión que Tustin (1991) realizó del autismo psicógeno, que amplió a sus 2 últimos artículos publicados, cuyos títulos eran *Niños autistas que son valorados sin daño cerebral* (Tustin, 1994a) y *La perpetuación de un error* (Tustin, 1994b), donde aboga por un diagnóstico diferencial que distinga al grupo de sujetos con autismo sobrevenido por condicionantes orgánico-genéticos de aquéllos cuyas causas reposen en factores de inadecuación/falla social con otros.

Sea como fuere, volviendo a la dificultad técnica del analista para penetrar en la porción encapsulada de sus pacientes adultos neuróticos, es oportuno referir el trabajo titulado *Tratando de penetrar las largas y negras ramas. Algunas ampliaciones técnicas del trabajo de Frances Tustin para analizar estados autistas en adultos* (Mitrani, 2011), donde se sugiere usar aplicaciones técnicas derivadas del trabajo de Tustin con niños autistas al psicoanálisis de adultos neuróticos, fronterizos y psicóticos. Su lectura, sin embargo, poco

aclara de cómo acceder a las zonas psíquicas encapsuladas de tales pacientes, al nada referir de los mecanismos defensivos precoces que éstos erigen y de qué hacer psicoterapéuticamente ante ello, resultando sí de interés lo escaso que expresa de la contratransferencia, donde el analista se torna invisible, añadiendo nosotros la fuerte ambivalencia que esto debe generar en el analista hacia su paciente.

Aun así, insistiendo en ideas ya expresadas, creemos de interés el puente que Tustin (1986) establece entre rasgos autistas presentes en la esfera neurótica y en su homóloga autista, al "normalizar" al sujeto con autismo, a la vez que por proporcionar ideas para habilitar estrategias psicoterapéuticas dirigidas a tratar una y otra condición. Tal reto, a nuestro entender difícil, no ha de apartar a los clínicos comprometidos en el trabajo psicoterapéutico con tales pacientes a cejar en su empeño de ayuda psíquica.

Conclusiones

Como la propia Tustin reconocía, más que mostrar rigurosa evidencia científica de la eficacia psicoterapéutica de las técnicas usadas, le interesaba *crear en el lector resonancias* acerca de lo realizado en la praxis clínica (Spensley, 1994; 1995), dando así la posibilidad a otros de encontrar su propio *camino psicoterapéutico* al adentrarse en el enigmático campo del espectro autista. Tal idea, sin duda, constata la modestia de esta mujer, quien fue una de las primeras psicoterapeutas infantiles cualificadas en Reino Unido, que, de maestra de educación primaria, viró sus intereses profesionales hacia la actividad psicoterapéutica y más concretamente la vinculada con el espectro autista, de cuyo trabajo hemos mostrado lo más significativo, ocupándonos también de otras extensiones clínicas inspiradas en su pensamiento y conceptualización, como son las centradas en tratar barreras autistas en adultos neuróticos, fronterizos y psicóticos.

Destacar también para finalizar el viraje que experimentó su conceptualización acerca del cuadro autista, donde, tras admitir inicialmente la fase de autismo normal, después la rechazó, algo que insistentemente recalcan los que han escrito acerca de F. Tustin en todas las fuentes bibliográficas consultadas. En lo que sí permaneció fiel fue en sus ideas relativas a la existencia de 2 tipos de autismo, uno de carácter orgánico y otro de naturaleza psicógena, que, dado los hallazgos actuales, que evidencian que el autismo es un trastorno generalizado del desarrollo de base neurobiológica, hace que la defensa sincera y apasionada de Tustin de un autismo psicogénico sea insostenible. Con todo, hay analistas como Grotstein (1997) que juzgan que el empeño de Tustin en defender un autismo psicógeno la convierte sin pretenderlo en una pionera en lo que el citado analista llama *psicoterapia psicoanalítica rehabilitadora* o *remediadora*, en la que, sin soslayar los condicionantes biológicos, se apuesta por ayudar al *sufriente psíquico* desde las

intervenciones psicoterapéuticas que el medio social permita.

REFERENCIAS

Anthony, J. (1958). An experimental approach to the psychopathology of childhood: autism. *British Journal of Medical Psychology, 31, 211-225.*

Bonaminio, V. (2001, 9 Noviembre). *"The Child who had fallen into a ravine": Psychological Catastrophe, Primary Depression, Manic Defence and Reparation in respect of Mother´s organized Defence against Depression.* Paper presented at 5th Annual International Frances Tustin Memorial Lecture, Los Angeles, USA.

Ferreira, J. J. A. y Abrão, J. L. F. (2013, 8 Abril). *A historical study of the work of Frances Tustin*. Poster presented at the 21st European Congress Psychiatry. Nice, France, 6-9 Abril 2013.

Geissmann, C. y Geissmann, P. (1992). *Historia del psicoanálisis infantil. Movimientos, ideas y perspectivas.* Madrid: Síntesis, 2002.

Grotstein, J. S. (1997). One Pilgrim´s Progress: Notes on Frances Tustin´s Contributions to the Psychoanalytic Conception of Autism. En Mitrani, T. y Mitrani, J. L. (Eds.). *Encounters with Autistic States. A Memorial Tribute to Frances Tustin.* Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc, 257-290.

Haag, G. (1997). Encounter with Frances Tustin. En Mitrani, T. y Mitrani, J. L. (Eds.). *Encounters with Autistic States. A Memorial Tribute to Frances Tustin.* Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc, 355-396.

Haag. G. (2000). In the footsteps of Frances Tustin: Further reflections on the Construction of the body-ego, *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications, 3:3, 7-22.*

Hartmann, H. (1939). *La psicología del yo y el problema de la adaptación.* Buenos Aires: Paidós, 1987.

Isaacs, S. (1997). A Scientific Turn of Mind: a Tribune to Frances Tustin. En Mitrani, T. y Mitrani, J. L. (Eds.). *Encounters with Autistic States. A Memorial Tribute to Frances Tustin.* Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc, 209-212.

Mitrani, J. L. (2011). Trying to enter the long black branches: Some technical extensions of the work of Frances Tustin for the analysis of autistic states in adults. *The International Journal of Psychoanalysis, 92: 21-42.*

Rhode, M. (1995). A tribute to Frances Tustin. *Journal of Child Psychotherapy, vol. 21, nº 2,* 153-166.

Roudinesco, E. y Plon, M. (1997). *Diccionario de Psicoanálisis.* Barcelona: Paidós, 1998.

Spensley, S. (1994, 17 Diciembre). Obituary: Frances Tustin. *The Independent.*Recuperado

septiembre 2, 2013, de: htpp://www.independent.co.uk/news/people/obituary-frances-tustin-1389835.html.

Spensley, S. (1995). Frances Tustin. Routledge: London and New York.

Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante.* Buenos Aires: Paidós, 1991.

Tustin, F. (1951). *A Group of Juniors: A Study of Play.* London: W. Heinemann.

Tustin, F. (1966). A significant element in the Development of Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 7, 53-67.*

Tustin, F. (1967). Psychotherapy with Autistic Children. *Bulletin of the Association of Psychotherapy, vol 2, nº 3.* Private Circulation.

Tustin, F. (1969). Autistic Processes. *Journal of Child Psychotherapy, 2, 23-39.*

Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles.* Barcelona: Paidós, 1984.

Tustin, F. (1980). Autistic objects. *International Review of Psycho-analysis, vol. 7,* 27-38.

Tustin, F. (1981). *Estados autísticos en los niños*. Barcelona: Paidós, 1996.

Tustin, F. (1984a). Introducción a la edición española. En F. Tustin (1981), *Estados autísticos en los niños*. Barcelona: Paidós, 1996, 13-17.

Tustin, F. (1984b). Autistic shapes. *International Review of Psycho-analysis, vol. 11,* 279-290.

Tustin, F. (1986). *Barreras autistas en pacientes neuróticos.* Buenos Aires: Amorrortu, 1989.

Tustin, F. (1988). The 'black hole': a significant element in Autism. *Free Associations, 1: 35-50.*

Tustin, F. (1990). *El cascarón protector en niños y adultos.* Buenos Aires: Amorrortu, 1992.

Tustin, F. (1991). Revised understandings of psychogenic autism. *International Journal of Psychoanalysis, 72, 585-91.*

Tustin, F. (1994a). Autistic Children who are assessed as not brain-damaged. *Journal of Child Psychotherapy, 20, 103-131.*

Tustin, F. (1994b). The perpetuation of an error. *Journal of Child Psychotherapy, 20, 3-23.*

Original recibido con fecha: 17-11-2013 Revisado: 15-6-2014 Aceptado para publicación: 28-6-2014